QUESTIONNAIRE POUR EXPERTISE D'ASPERGILLOSE CHRONIQUE (EXP-ASPC)

A adresser au :	Contacts :
CNR Aspergilloses chroniques LA-AspC - Service de Parasitologie & Mycologie CHU de Bordeaux - Groupe Hospitalier Pellegrin Place Amélie Raba-Léon – 33000 Bordeaux	- Pr Laurence DELHAES - Dr Sébastien IMBERT - Mme Marion RODRIGUEZ

Date de demande d'expertise (jj/mm/aaaa) : ……/……/……

1- Identité du patient

Nom	Prénom	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe

Service d'hébergement du patient lors du prélèvement :

☐ Pneumologie ☐ Maladies infectieuses ☐ Médecine (hors pneumologie et infectiologie) ☐ Chirurgie

☐ Réanimations ☐ Autre :

Biologiste/Médecin correspondant pour la demande d'expertise-AspC

- Nom, Prénom :
- Service :
- Etablissement :
- e-mail :

Si connu : médecin prenant en charge le patient pour son Aspergillose pulmonaire chronique (APC) :

- Nom, Prénom :
- Service :
- Etablissement :
- e-mail :

2- Contexte clinique

Type d'aspergillose chronique

☐ APC complexe ☐ Aspergillome ☐ Nodule aspergillaire

☐ ABPA ☐ Non classé/ Ne sait pas ☐ Autre (spécifier) :

Date de diagnostic (mm/aaaa) : …. /……..

Traitement antifongique : Episode traité : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui : molécule 1 :

Date (jj/mm/aaaa) de début : …. /…. /…….. et fin: …. /…. /…….. de traitement

molécule 2 :

Date (jj/mm/aaaa) de début : …. /…. /…….. et fin: …. /…. /…….. de traitement

Autre :

3- Expertise mycologique sur souche d'*Aspergillus*

Votre référence d'isolat :

Date de l'isolement (jj/mm/aaaa) :

Localisation/échantillon d'isolement :

Résultat de votre identification si réalisée : Préciser l'espèce : ----------

Préciser la méthode d'identification : ☐ Macro/Microscopie

☐ Méthode Maldi-tof : base de données ? ----------

☐ Autre : ----------

QUESTIONNAIRE POUR EXPERTISE D'ASPERGILLOSE CHRONIQUE (EXP-ASPC)

Résultats de sensibilité aux antifongiques dans votre laboratoire si réalisée :

Antifongigramme réalisé ☐ **NON** ☐ **OUI** si Oui → Remplir Colonne blanche du tableau ci-dessous

	Vos résultats	☐ CMI diffusion en gradient ☐ CMI microplaque commercialisée Sera rempli par CNR	CMI Eucast Sera rempli par CNR
Amphotéricine B			
Itraconazole			
Voriconazole			
Posaconazole			
Isavuconazole			
Caspofungine			
Micafungine			
Anidulafungine			
Terbinafine			
Olorofim			
Autre :			
Phénotype inhabituel de résistance	☐Oui ☐Non		☐Oui ☐Non

Demande d'expertise auprès du CNR LA-AspC

☐ **Identification par méthode Maldi-tof + base MSI2**

☐ **Identification par séquençage moléculaire**

☐ **Antifongigramme d'expertise**

Préciser si besoin de tester des antifongiques en particulier ----------

☐ **Séquençage du gène Cyp51A**

4- Expertise sérologique

☐ **Détermination des IgG anti-aspergillaires**

	Votre référence	Date de prélèvement (jj/mm/aaaa)	Information éventuelle relative à ce sérum (votre résultat labo, …)
Sérum 1			
Sérum 2			
…			

5- Motif de la demande d'expertise
